

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921-1922

363

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES ABCÈS DU SEIN

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JACQUES LEHMANN

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Clichy (Seine), le 15 Décembre 1894

Président : M. le Professeur BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale

Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

PARIS

IMPRIMERIE PAUL DUPONT

4, RUE DU BOULOI (1^{er} Arr^t)

1922

303

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES ABCÈS DU SEIN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921-1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES ABCÈS DU SEIN

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JACQUES LEHMANN

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Clichy (Seine), le 15 Décembre 1894.

Président : M. le Professeur BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale

Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur



PARIS

IMPRIMERIE PAUL DUPONT

4, RUE DU BOULOI (1^{er} Arr^t)

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	RENON.
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE.	GREGOIRE.	LEREBoullet.	ROUSSY.
BRANCA.	GUENIOT.	LERI.	ROUVIERE.
CAMUS.	GULLAIN.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHAMPY.	GUILLEMINOT.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFENEAU.
CLERC.	LABBE (Henri).	MULON.	VILLARET.
DEBRE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	
DESMAREST.	LANGLOIS.	PHILIBERT.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Pierre LEHMANN

Médecin Aide-Major

A MON PÈRE

Le Docteur Ch. LEHMANN

A MA MERE

A MES FRÈRES

A MON ONCLE

Le Docteur Émile ANDRÉ

A MON ONCLE

Le Docteur André FORSTER

Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg

A MES PARENTS — A MES AMIS

A Monsieur le Professeur BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale

Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur FLORAND

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Hommage de profond respect et de sin-
cère reconnaissance pour l'intérêt qu'il
n'a jamais cessé de nous témoigner.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage et Externat.

A Monsieur le Professeur Pierre DELBET
Hôpital Necker

A Monsieur le Docteur FLORAND
Hôpital Lariboisière

A Monsieur le Professeur DEMELIN
Hôpital Lariboisière

A Monsieur le Docteur DEVRAIGNE
Hôpital de la Charité

A Monsieur le Docteur RIST
Hôpital Laënnec

A Monsieur le Docteur APERT
Hôpital des Enfants-Malades

A Monsieur le Docteur Louis BAZY

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse, nous adressons ici tous
nos remerciements pour l'enseigne-
ment qu'il nous a prodigué pendant
que nous étions son externe à la Con-
sultation de Chirurgie de l'Hôpital
Saint-Antoine.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES ABCÈS DU SEIN

INTRODUCTION

Les abcès du sein, d'une grande fréquence, s'observent dans la pratique journalière d'une façon courante, aussi il importe que le médecin sache les traiter d'une manière correcte en se plaçant à ce triple point de vue : obtenir une guérison rapide et durable, conserver l'intégrité fonctionnelle de la glande en vue d'un allaitement ultérieur, avoir enfin le souci de l'esthétique, ce dont les malades lui sauront gré et à un juste titre.

Durant notre trop court séjour à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine, nous avons eu l'occasion d'observer quelques abcès du sein. Le D^r Louis Bazy, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et à qui nous sommes heureux d'adresser ici nos bien sincères remerciements pour le cordial accueil qu'il nous a toujours réservé, nous conseilla d'essayer de traiter ces malades par l'association des méthodes chirurgicales avec la bactériothérapie. Après avoir passé en revue les différents traitements employés dans cette affection, nous verrons quelle influence la bactériothérapie peut avoir sur l'évolution des abcès du sein, ce qu'on est en droit d'espérer de cette méthode et dans quelle mesure elle est susceptible de modifier les indications opératoires.

CLASSIFICATION DES ABCÈS DU SEIN

Il est classique, depuis Velpeau et Chassaignac, de diviser les inflammations qui surviennent au niveau du sein en :

1° *Mastites* : ou inflammation de la glande elle-même ;

2° *Paramastites* : ou suppurations justaglandulaires se développant aux dépens de l'atmosphère cellulo-graisseuse qui enveloppe la glande et pouvant donner lieu à une variété superficielle : supra-mastite, ou à une variété profonde : infra-mastite ;

3° *Panmastites* : affections rares qui sont des infections diffuses, frappant à la fois la totalité du sein et les couches celluluses qui l'entourent. Il s'agit alors d'un véritable phlegmon total et diffus de la région mammaire pouvant revêtir une allure gangréneuse.

Cette classification n'est pas purement théorique, et nous verrons qu'à chaque variété correspond un traitement particulier. Nous aurons surtout en vue ici le traitement des mastites proprement dites, de beaucoup les plus fréquentes.

Les supra-mastites guérissent en général rapidement après ponction de l'abcès, et ne nécessitent pas de traitement particulier.

Les infra-mastites, au contraire, qui succèdent toujours à une mastite d'un lobe profond de la glande, réclament une intervention chirurgicale rapide et énergique ; à plus forte raison lorsqu'on aura affaire à une panmastite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique des abcès du sein ne saurait trouver sa place dans ce travail consacré uniquement à leur traitement. Aussi, sans vouloir sortir du cadre que nous nous sommes tracé, nous pensons qu'il est nécessaire de rappeler certaines notions qui nous permettront de tirer des conclusions thérapeutiques.

Les mastites puerpérales fournissent à elles seules la presque totalité des abcès du sein observés en clinique. Elles peuvent atteindre l'un ou l'autre organe, parfois même les deux, mais ce qui les caractérise essentiellement c'est la *multiplicité des abcès*.

La totalité de la glande n'est jamais prise d'emblée; il n'existe tout à fait au début qu'un ou plusieurs foyers limités à un ou plusieurs lobes; mais ces foyers resteront rarement localisés; successivement les lobes sains se prendront à leur tour pour donner naissance à autant d'abcès nouveaux, le plus souvent indépendants, siégeant en des points parfois éloignés, évoluant pour leur propre compte et pouvant s'ouvrir soit à la peau, soit dans une poche voisine donnant lieu à ces abcès en bouton de chemise, ou pouvant fuser vers la profondeur et propager l'infection à la couche cellulo-graisseuse retro-mammaire.

Il n'est pas rare d'observer des malades qui, ayant eu un abcès incisé, semblent guéris complètement, lorsque, après un intervalle plus ou moins rapproché, apparaissent une ou plusieurs collections en des points différents, prolongeant en quelque sorte indéfiniment l'affection et nécessitant autant d'incisions qu'il se forme de foyers.

Souvent enfin l'abcès laisse à sa suite ce que nous appellerons des séquelles; ce sont ces noyaux indurés parfois très volumineux siégeant dans l'épaisseur de la glande et nettement circonscrits.

Leur évolution est lente, mais ils peuvent devenir douloureux et fluctuants et finir par s'abcéder.

Ces faits nous permettent de tirer des conclusions au double point de vue :

a) *Chirurgical* : Les abcès du sein étant souvent multiples, il y aura intérêt à faire, chaque fois qu'il le sera possible, une incision telle que, tout en restant unique, elle permette d'évacuer tous les foyers. Nous verrons plus loin les méthodes qui répondent à ce but;

b) *Biologique* : Au traitement chirurgical devra s'associer la bactériothérapie qui stimulera les réactions de défense de l'organisme et l'aidera à lutter victorieusement contre l'infection en collectant le pus et en le rassemblant en un point d'où il sera facilement évacué. Elle agira aussi en créant une immunité qui mettra l'organisme à l'abri des récidives.

BACTÉRIOLOGIE

Les microorganismes rencontrés dans le pus des abcès du sein peuvent être très variables. La glande mammaire comme tout autre organe a été le siège d'abcès métastatiques au cours d'infections générales telle que l'infection puerpérale (Escherich, Cohn) ou la fièvre typhoïde (Hening), mais ce sont des cas exceptionnels.

Bumm a rencontré dans certains cas du gonocoque, Jeannin et Neufeld du colibacille et des aérobies, mais la très grande majorité de ces abcès est due au staphylocoque ; on l'y rencontre souvent à l'état pur comme nous l'avons constaté chez plusieurs de nos malades ; d'autres fois il sera associé à d'autres germes ; streptocoque et entérocoque.

Ces faits prouvent que si le staphylocoque est le plus souvent en cause, un contrôle microscopique sera nécessaire pour identifier les autres germes qui pourraient s'associer avec lui, car si la puissance curatrice des substances non spécifiques n'est plus à démontrer, il sera souvent nécessaire d'avoir recours à un vaccin rigoureusement spécifique (auto-vaccin) pour obtenir une immunité véritable.

TRAITEMENT

Les diverses méthodes préconisées dans le traitement des abcès du sein ont été très différentes les unes des autres; certains auteurs redoutant les interventions chirurgicales, d'autres en usant et en abusant même. Nous les passerons successivement en revue pour n'insister que sur celles qui nous paraissent dignes d'être retenues.

On a voulu distinguer un traitement abortif et un traitement curatif proprement dit: le premier s'adressant aux cas où l'infection était limitée seulement aux canaux galactophores remplis de lait et de pus, le second répondant à la phase d'abcès confirmé.

1° Traitement abortif:

Dans ces cas furent employés tour à tour :

1° *La compression* et le repos de la glande par un pansement humide et compressif.

2° *L'expression* : Chassaignac employait une ventouse aspiratrice sur le mamelon. Budin préconisait l'expression méthodique de la glande.

3° *La réfrigération*, basée sur les propriétés antiphlogistiques du froid. Les compresses d'eau glacée et l'éther furent utilisés dans ce but.

4° *La méthode de Bier*, basée sur ce fait que l'hyperhémie est un effet curateur des plus actifs de l'organisme.

Ces méthodes ne semblent pas avoir modifié nettement l'évolution des abcès.

2° Traitement curatif :

En présence de collections purulentes dont le nombre et l'étendue sont parfois impossibles à diagnostiquer cliniquement, les avis furent partagés.

Il y eut, avec Levret, Merat, Patissier, Moreau, Boyer et Cooper, une période d'abstention chirurgicale dont Gosselin s'était fait le champion par crainte d'hémorragie et d'érysipèle si grave à cette période préaseptique. Chassaignac, cependant, ouvrait d'emblée par de petites incisions tous les abcès.

Vint ensuite une période où la méthode de l'intervention large fut à l'honneur.

Weber faisait autant d'incisions qu'il y avait d'abcès et enlevait tous les tissus malades à la curette tranchante.

Boeckel traitait les abcès par évidemment méthodique.

Ces interventions mutilantes sont actuellement abandonnées.

La méthode de Thirar, qui ponctionnait l'abcès et faisait passer un courant de gaz oxygène pendant une demi-heure.

La méthode de Chirié et David, consistant à injecter, après évacuation du pus, de l'argent colloïdal dans la poche.

Les incisions radiées, ayant une direction telle qu'elles correspondent à un rayon de la glande pour éviter la section des canaux galactophores. Elles sont inesthétiques et il en faut autant qu'il y a de foyers.

Actuellement, le choix d'une intervention devra se porter, suivant le nombre et le siège des abcès, sur une des trois méthodes suivantes :

a) *L'incision péri-aréolaire.* Il suffira de faire, sous anesthésie locale, une petite incision curviligne de un ou deux centimètres environ, à l'union de la peau et de l'aréole. Une sonde cannelée ou une pince introduite jusque dans la cavité de l'abcès permettront un débridement plus large et assureront une issue plus facile au pus.

Cette technique, indiquée dans les abcès siégeant au niveau ou au-dessus du mamelon, ne laisse après elle qu'une cicatrice invisible et permet d'évacuer plusieurs foyers par la même incision.

b) *Le drainage filiforme*, qui est l'application de la méthode vulgarisée par Chaput et exposée par cet auteur dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* de 1918 (31 juillet, p. 1429). Nous ne décrivons pas tous les avantages qu'elle comporte : évitant les incisions, assurant un drainage excellent et ne laissant après elle que des cicatrices insignifiantes. Chez les malades que nous avons eues à traiter par cette méthode, nous avons employé des crins de Florence passés au moyen d'une grosse aiguille de Reverdin au travers de l'abcès. Les cicatrices obtenues ont été encore plus minimales qu'avec un drain en caoutchouc plein, et il est inutile, dans ces conditions, de faire passer les fils du drainage au niveau des régions cachées (sillon sous-mammaire, aréole, aisselle) parfois assez distantes de l'abcès en question.

Des observations nombreuses illustrant cette technique ont déjà été publiées, notamment dans les thèses de Stillermann et Bernard. M. le professeur agrégé Mocquot, auquel nous adressons tous nos remerciements pour la statistique qu'il a bien voulu nous communiquer, a depuis plus d'un an traité tous les abcès du sein par le drainage filiforme et a eu des résultats bien supérieurs à tous ceux obtenus par les diverses incisions. Sur 25 cas, il n'a enregistré qu'un échec chez une malade ayant des abcès multiples; tous les autres ont guéri en un temps variant de 7 à 25 jours.

c) *L'incision thoraco-mammaire*, surtout indiquée lorsque les abcès sont multiples, permet d'aborder la glande par sa face postérieure et d'évacuer facilement tous les foyers.

VACCINOTHÉRAPIE

Depuis les travaux de Wright, la vaccinothérapie a pris de l'extension, et surtout à l'étranger cette méthode a été utilisée dans le traitement d'un grand nombre d'affections. Dans le traitement des abcès du sein, elle est d'un précieux concours en prévenant, aidant ou complétant l'acte chirurgical.

Mécanisme de l'action curative des vaccins :

La vaccination curative est dirigée contre une infection constituée; elle utilise cette propriété qu'ont les vaccins de provoquer un processus d'immunisation active, c'est-à-dire un processus procréateur de produits immunisants.

L'organisme peut réagir de façon très variable contre les infections microbiennes; dans certains cas, selon la virulence des agents pathogènes et la résistance de l'individu, l'organisme pourra même, s'il est livré à ses propres ressources, avoir raison de l'infection et lutter victorieusement en formant des anticorps qui neutraliseront les antigènes.

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et les moyens de défense ne sont parfois prêts que trop tardivement, la mort du malade pouvant survenir avant leur formation. Dans d'autres cas, enfin, ils ne sont jamais assez puissants pour détruire les germes pathogènes, mais ralentissent leur développement ou neutralisent partiellement leurs toxines. Le but de la vaccinothérapie visera donc à stimuler l'organisme, à favoriser la production d'anticorps, à augmenter leur valeur ou leur quantité et, par ce fait même, les chances de guérison se trouveront accrues.

L'action du vaccin paraît schématiquement se répartir comme il suit (nous empruntons les lignes qui suivent à l'article du Dr Girard dans le *Bulletin Médical* 1920, p. 25. Les vaccins en thérapeutique : « Quand on introduit des microbes tués, c'est-à-dire un vaccin sous la peau de l'homme, l'organisme ne demeure pas indifférent. Il se produit d'abord une phase qui correspond à l'agression de l'organisme, phase que Wright appelait négative quand il étudiait l'action du vaccin staphylococcique. Immédiatement après l'injection du vaccin, le nombre des globules blancs diminue dans le sang. Cette leucopénie est passagère et, dans l'heure qui suit, les globules blancs augmentent de nombre : leucocytose avec polynucléose qui dure de 24 à 48 heures, puis le chiffre des globules blancs diminue et la formule leucocydaire est plutôt à type de mononucléose. Cette réaction sanguine est assez générale aux injections de vaccins. La fièvre, plus ou moins marquée l'accompagne. Pendant ce temps, aucun anticorps de défense n'apparaît et ceux qui peuvent exister disparaissent ou diminuent de pouvoir.

« A cette phase négative qui n'est pas toujours suffisamment marquée pour être décelée, succède, les jours qui suivent, une phase positive où apparaissent les anticorps de défense; le sérum du sujet vacciné acquiert la propriété opsonisante, c'est-à-dire prépare les polynucléaires à phagocyter les microbes, la propriété agglutinante, c'est-à-dire agglutine les corps microbiens ou la propriété sensibilisante ou mordance. On dit alors, qu'apparaissent dans le sérum des opsonines, des agglutinines, des sensibilisatrices ou ambocepteurs. »

Il découle de ces notions que l'organisme devant faire les frais de la réaction défensive, les vaccins ne seront employés que dans les cas où il pourra supporter ce surcroît de travail.

Avec des doses modérées de vaccin, la phase négative est courte et peu marquée; nous ne l'avons, pour notre part, jamais constatée chez nos malades qui n'ont pas présenté de réaction violente après les injections. Comme le prétend Hallion (*Monde*

Médical, 15 mars 1922), « on s'est aperçu que, alors même qu'elle était assez marquée, la phase négative n'offrait pas autant d'inconvénients qu'on l'aurait présumé; on s'est convaincu, en outre, que divers vaccins, particulièrement dans les infections pyogènes, pouvaient être administrés à des doses supérieures à celles qui avaient été primitivement fixées soit comme doses curatives initiales, soit comme doses immunisantes ultérieures ».

La vaccinothérapie pourra donc être mise en œuvre chez presque tous les sujets, mais les résultats qu'elle pourra fournir seront d'autant plus sensibles qu'elle aura été instituée d'une façon plus précoce, aussi rapprochée que possible de la période d'incubation, le microbe n'ayant pas encore eu le temps de prendre de l'extension et le sujet étant d'autant plus apte à réagir.

Différentes variétés de vaccins employés.

Les vaccins employés en thérapeutique sont de deux sortes : les auto-vaccins et les stock-vaccins; les premiers fabriqués avec les microbes recueillis sur le malade sont sans doute plus actifs que les stock-vaccins, parce que plus spécifiques, mais ils nécessitent une préparation assez longue, demandant plusieurs jours, et une fabrication soignée dans un laboratoire spécial.

Aussi avons-nous eu recours aux stock-vaccins fabriqués d'avance avec un microbe donné ou contenant parfois plusieurs espèces microbiennes. Ils sont d'un emploi facile et à la portée de tous.

L'examen du pus chez la plupart de nos malades ayant révélé la présence du staphylocoque, nous avons employé le stock-vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur qui est une suspension dans l'eau physiologique à 81 0.00 de plusieurs souches de staphylocoques dorés et blancs. La dose totale injectée est de 72 milliards de germes, répartie en douze piqûres progressivement croissantes allant de 1/4 de cent. cube

(1 milliard 500 millions) à $1^{cc}.1/2$ (9 milliards 500 millions). Les bons résultats obtenus montrent que le problème de la spécificité ne doit pas être accepté comme absolu; car l'anticorps peut avoir une action non seulement sur l'antigène dont il dérive mais encore sur d'autres dans une certaine mesure. C'est ainsi que, suivant M. Thiercelin, le vaccin entérococcique aurait une action favorable sur la pneumonie, la grippe et les maladies digestives, même dans les cas où l'entérocoque ne serait en cause ni primitivement ni secondairement. Chez une de nos malades (obs. 3) où l'examen du pus avait révélé la présence de staphylocoques et de streptocoques, le vaccin de l'Institut Pasteur donna des résultats excellents.

À côté des réactions spécifiques qu'il peut susciter, un vaccin peut produire d'autres réactions dont le mécanisme exact échappe actuellement. Le vaccin de Delbet qui est une association du vaccin pastorien et du vaccin chauffé, renferme des cultures microbiennes d'abord atténuées par vieillissement (15 jours) stérilisées par la chaleur à 65° puis mélangées. Il se compose de staphylocoques, streptocoques et pyocyaniques; la dose initiale maniable est de 13 milliards de germes; elle provoque souvent une réaction intense mais passagère et agirait peut-être moins en provoquant la fabrication d'anticorps nouveaux spécifiques, ce qui demande un certain temps, qu'en déclanchant une crise analogue à l'effet peptone de Nolf, à la crise hémoclasique de Widal.

C'est cette réaction violente qui nous a interdit l'emploi de ce vaccin chez des malades de consultation, impossibles à surveiller en dehors de l'hôpital. Nous remercions bien respectueusement M. le Professeur Delbet et son chef de clinique, le Dr Leveuf, qui nous ont autorisé à publier ici les observations des malades traitées dans leur service par cette méthode.

Bactériothérapie par les extraits microbiens.

L'action curative de certains vaccins non spécifiques dans des infections spécifiques étant reconnue cliniquement, MM. Henri Vallée et Louis Bazy ont pensé que le corps microbien lui-même était peut-être inutile et que l'on pouvait obtenir de bons effets en se servant uniquement des produits extractibles qu'il contient. Ils se sont servis pour cette étude d'un extrait staphylococcique soluble et stable « l'endococcine », obtenu selon la technique même utilisée pour la préparation de la tuberculine ancienne de Koch.

« Diverses races de staphylocoques dorés empruntés à des formes graves de furonculose, d'anthrax et d'ostéomyélite sont cultivées à 37° en bouillon peptoné glycérimé à 5 o/o. Au dixième jour de leur âge, ces cultures sont stérilisées à 100° puis concentrées au bain-marie au dixième de leur volume primitif. Le liquide sirupeux ainsi obtenu est filtré sur papier Chardin. Il est stable et inaltérable à la lumière. On le dilue pour l'usage médical au 10° en eau distillée stérilisée. De la sorte 1 cc. de la solution d'endococcine représente, au point de vue de la teneur en extraits microbiens, 1 cc. de la culture primitive. »

Ces extraits microbiens, dont le mode d'action est difficile à saisir, ont donné des résultats comparables à ceux obtenus, avec les émulsions microbiennes notamment dans les furoncles anthrax, lymphangites, adéno-phlegmons et abcès du sein, sans toutefois provoquer de réactions violentes, les malades ayant souvent continué pendant le traitement à vaquer à leurs occupations. Ils semblent mettre en évidence et collecter la suppuration qu'une ponction ou un simple drainage suffiront à évacuer. Si, dans les abcès uniques, l'endococcine agit seule, dans les abcès multiples par contre il ne pourra être question d'immunité et, pour éviter les récurrences, il faudra compléter par un vaccin. M. L. Bazy rapporte l'observation d'une malade qui présentait une mastite du sein gauche avec phénomènes pseudo-phlegmoneux, mauvais état général et température. Sous

l'influence des injections d'endococcine l'aspect phlegmoneux a disparu, l'abcès s'est collecté au pôle inférieur de la glande et évacué par une incision sous mammaire. Comme il persistait quelques noyaux indurés dans la glande, pour prévenir le retour d'autres abcès, l'endococcine fut remplacée par des injections de stock-vaccin de l'Institut Pasteur. Un petit abcès s'étant silencieusement formé fut évacué par simple ponction.

Dans les cas où après incision d'abcès il persiste des indurations étendues de la glande, l'endococcine en amène la résorption en rendant au sein de souplesse et son indolence (Obs. 7 et 9).

INDICATIONS RESPECTIVES

**Des différentes méthodes chirurgicales et bactériologiques
dans le traitement des abcès du sein.**

A côté des procédés chirurgicaux classiques employés dans le traitement des abcès du sein, la bactériothérapie est venue prendre une place importante comme méthode curative nouvelle. Utilisée déjà dans un grand nombre d'affections elle n'a pas toujours donné à ceux qui l'ont employée des résultats satisfaisants et nous avons nous-mêmes constaté des insuccès. Ce serait une grosse erreur de la considérer comme un traitement exclusif et de supprimer le traitement classique de la maladie; mais, employée rationnellement c'est une méthode d'une utilité incontestable. Nous verrons en prenant les mastites à leurs différents stades quelles sont les indications respectives des méthodes chirurgicales et de la bactériothérapie, comment elles s'associent et comment cette dernière peut prévenir, aider ou compléter les premières.

En nous plaçant au point de vue pratique, nous aurons à envisager les mastites aux trois phases suivantes :

1° *Abcès non collectés.* — C'est à cette phase inflammatoire que la vaccinothérapie et la bactériothérapie prennent le pas sur la chirurgie. L'infection n'est qu'à ses débuts et par conséquent encore limitée; une incision ou un drainage seraient complètement inutiles sur une glande qui ne présente aucune collection. Le sein est augmenté de volume, dur, douloureux, chaud. La palpation révélera l'induration d'un ou de plusieurs lobes mais pas de fluctuation perceptible.

Qu'est-on en droit d'espérer de l'emploi des vaccins dans ces cas.

a) S'il n'y a pas encore eu de dégénérescence cellulaire et

que tout se borne à des phénomènes congestifs, on peut voir ces derniers disparaître rapidement, la douleur s'amender et le sein retrouver sa souplesse sans qu'il soit nécessaire d'intervenir (Obs. 12, récursive).

b) Lorsque ce stade sera dépassé et qu'il y aura de nombreux leucocytes dégénérés, les vaccins, en favorisant la formation d'anticorps ou en créant cette thérapeutique par le choc, activeront la formation du pus en le collectant en un point d'où il sera plus facilement évacué.

Quelles substances allons-nous employer pour obtenir ces résultats ? Puisqu'il est reconnu à l'heure actuelle que pour obtenir un effet curatif il n'est pas nécessaire d'avoir recours à une substance spécifique, on pourra se servir indifféremment du :

Stock-vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur qui nous a donné de bons résultats (Obs. 1.2.3.5.7.8) en favorisant la suppuration qu'un simple drainage filiforme ou une petite incision peri-aréolaire suffisent à évacuer, et en prévenant les récursives. *Le vaccin de Delbet* (Obs. 6.9) et les *extraits microbiens « endococcine »* ont également donné d'heureux résultats, mais si ces effets sont rapides, certaines malades ont guéri en huit et neuf jours, ils sont parfois transitoires et des récursives peuvent se produire. On ne peut donc espérer obtenir dans tous les cas une immunité ; aussi lorsqu'on se trouve en présence de plusieurs foyers à des stades différents il y aura avantage à se servir, en outre, d'un vaccin spécifique ;

2° *Abcès collectés.* — Dans ces cas la chirurgie reprend tous ses droits : dès que l'examen révélera la présence de pus il faudra lui donner issue. Nous aurons à notre disposition, suivant le siège et la multiplication des abcès, trois méthodes.

a) *L'incision peri-aréolaire* dans les abcès siégeant au niveau du mamelon ou dans les quadrans supéro-internes ou supéro-externes de la glande. Surtout indiquée dans les abcès localisés, elle pourra néanmoins être utilisée en cas d'abcès multiples mais rapprochés.

b) *Le drainage filiforme* pourra venir compléter l'incision peri-aréolaire si cette dernière n'assure pas un drainage suffisant ou si l'abcès est éloigné du mamelon. Cette méthode très peu mutilante nous a donné des résultats excellents.

c) *L'incision sous-mammaire* sera indiquée lorsque les abcès seront multiples siégeant en des points différents et à plus forte raison lorsque la collection occupant un lobe profond de la glande tend à fuser vers l'espace cellulo-graisseux retro-mammaire. Cette méthode esthétique est la seule qui donne au chirurgien un jour suffisant pour aborder tous les foyers.

Les abcès une fois évacués pourront guérir rapidement, mais il ne sera pas rare d'observer ces formes traînantes et récidivantes qui suppurent pendant des semaines et laissent à leur suite des noyaux de mammite chronique douloureux, qui pourront à leur tour s'abcéder. La vaccinothérapie rendra encore ici de grands services venant compléter l'acte chirurgical; la suppuration momentanément accrue se tarira rapidement amenant une guérison plus précoce.

Dans la statistique qui nous a été communiquée par le D^r Leveuf on remarque que sous l'influence du vaccin de Delbet des abcès fistulisés traînant depuis un mois 1/2 ont été asséchés rapidement (10 et 11 jours). L'aspect du pus se modifie au cours du traitement, et d'épais et verdâtre qu'il était au moment de l'injection du bouillon il devient gommeux et clair; de virulent il devient stérile.

Chez une malade (Obs. 14) traitée par ce même vaccin, à la troisième injection la pression dans la zone de suppuration ne ramena que quelques gouttes de liquide sero-sanguinolent;

3° *Période des séquelles.* — Ce sont ces malades qui, ayant eu un ou plusieurs abcès incisés, gardent au niveau des lobes correspondants ces placards indurés douloureux ne suppurant pas. Le traitement chirurgical restera sans effet dans ces cas. Ce seront parfois des malades qui auront été vaccinées, et la vaccinothérapie tout en immunisant contre les retours aigus de la maladie laissera la malade porteurs de germes. Les micro-organismes peuvent rester latents et vivre très longtemps en

saprophytes inoffensifs, mais aussi conserver une virulence atténuée mais suffisante pour permettre le développement de ces formes lentes et chroniques. La lésion qui paraissait éteinte va à un certain moment donner de la douleur, la peau va rougir : un nouvel abcès sera en formation.

L'action thérapeutique des vaccins sera alors très faible, car l'organisme sensibilisé ne réagira plus contre un microbe avec lequel il vit tant bien que mal.

Dans deux cas semblables (Obs. 7 et 9) nous avons employé avec succès les extraits microbiens (endococcine). Chez l'une de nos malades (Obs. 9) traitée par le vaccin de Delbet et incisée pour un volumineux abcès du sein gauche, il persista une grosse induration de tout le lobe interne de la glande avec douleur et rougeur de la peau. Trois injections d'endococcine amenèrent la disparition complète des phénomènes inflammatoires et la régression de l'induration.

Cette véritable fonte observée serait peut-être due à l'énorme poussée leucocytaire produite par l'endococcine. Ce coup de fouet donné à l'organisme produirait une augmentation rapide des anticorps.

Les insuccès, leurs causes.

Si les vaccins et les extraits microbiens ont le plus souvent donné des résultats incontestables, il y a des cas, il faut bien l'avouer, où ils sont restés inactifs. Il serait difficile d'en donner une explication ; l'immense question de l'immunothérapie n'est pas encore au point et les résultats tant biologiques que thérapeutiques sont des plus difficiles à interpréter.

Certains de ces insuccès semblent tenir :

a) A l'individu :

1° L'organisme étant profondément infecté, sera incapable de lutter et de fabriquer les moyens de défense dont il aura besoin ;

2° Certains sujets normaux restent absolument indifférents vis-à-vis des vaccins sans que l'on sache pourquoi ;

2° *Au vaccin :*

a) La préparation peut en être défectueuse ou le produit trop vieux.

b) On se sera servi d'un stock-vaccin, dont l'action restera sans effet si le microbe-vaccin injecté pour susciter la production d'anticorps utiles n'est pas de même espèce que le microbe infectant. On aura intérêt dans ces cas à utiliser un auto-vaccin.

c) Il y aura des associations microbiennes : là encore malgré l'action favorable qu'un anticorps donné peut avoir non seulement sur l'antigène dont il dérive mais encore sur d'autres (Obs. 3) on se trouvera mieux de l'auto-vaccin.

Il y aura donc intérêt à pratiquer chez toutes les malades un contrôle bactériologique pour mettre en évidence les germes en cause. Si le plus souvent les stock-vaccins ont donné de bons résultats, dans les cas où ils sont restés inactifs (Obs. 4.12.13) les malades auraient peut-être bénéficié d'un auto-vaccin.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

*Abcès du sein droit. — Drainage filiforme. — Vaccinothérapie. —
Guérison, 12 jours après début du traitement.*

M^{me} P..., 20 ans, accouchée le 1^{er} février 1922, enfant né avant terme à 8 mois. Allaitement au sein. Enfant meurt le 9^e jour. Le 11^e jour après l'accouchement, la malade ressent une vive douleur au niveau du sein droit. Mauvais état général, température entre 38° et 40°. Malgré les purgations et les pansements humides compressifs l'état va s'aggravant.

La malade vient consulter à Saint-Antoine le 8 mars, c'est-à-dire 25 jours après le début de l'affection.

A l'inspection: malade très amaigrie; le sein droit est gros, dur, empâté avec une zone de lymphangite plus particulièrement marquée dans la région sus-mamelonnaire.

La fluctuation est difficile à percevoir.

Nous passons au moyen d'une grosse aiguille de Reverdin un faisceau de crins formant un séton de 7 centimètres.

Il ne s'écoule presque pas de pus.

Injection de 1/4 de cent. cube de vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur.

Le 10 mars: L'état local n'a pas changé. 2^e injection de 1/2 cent. cube, compresses humides.

Le 12 mars: Le sein est plus souple; la malade souffre moins, il s'écoule du pus par le drainage. 3^e piqûre de 3/4 de cent. cubes.

Le 14 mars: Grosse suppuration, malade très soulagée. 4^e piqûre de 1 cent. cube de vaccin.

Le 16 mars: La suppuration persiste mais le sein est redevenu tout à fait souple et les phénomènes inflammatoires ont disparu. 5^e piqûre: 1 cent. cube.

Le 20 mars: Suppuration tarie, crins retirés. 7^e piqûre: 1 cent. cubes

Le 22 mars : Guérison, les injections sont pratiquées à deux jours d'intervalle jusqu'à la 12^e.

Malade revue le 30 mars : sein souple sans cicatrices apparentes ; guérison sans récidives.

OBSERVATION II (Personnelle).

Abcès du sein gauche. — Drainage filiforme. — Vaccinothérapie. — Guérison à la 7^e piqûre.

M^{me} M..., 37 ans, accouchée le 26 février 1922. Enfant né à terme, nourri au sein pendant deux jours puis mis en nourrice. Trois jours après sa sortie de l'hôpital, la malade ressent au niveau du sein gauche des douleurs lancinantes, et constate une masse indurée au-dessus du mamelon. Vient consulter à Saint-Antoine le 18 mars :

Le sein gauche présente une plaque rouge faisant tout le tour du mamelon ; la glande est indurée et douloureuse surtout au-dessus de l'aréole. Pas de collection purulente. Nous conseillons l'expression du sein, des pansements humides compressifs. Injection de vaccin antistaphylococcique : 1/4 cent. cube.

Le 20 mars : Pas d'amélioration. 2^e piqûre : 1/2 cent. cube.

Le 22 mars : 3^e piqûre : 3/4 cent. cube, élancements.

Le 24 mars : Fluctuation à la partie supéro-interne de l'aréole, drainage filiforme, il s'écoule un pus épais, abondant dont l'examen microscopique pratiqué aussitôt montre quelques lymphocytes, de nombreux polynucléaires dont un certain nombre est dégénéré ; d'autres ont leur noyau intact. Amas de staphylocoques. 4^e piqûre : 1 cent. cube.

Le 27 mars : Les phénomènes inflammatoires ont disparu, le pus s'écoule abondamment, sein souple. 5^e piqûre.

Le 29 mars : Suppuration tarie, crins retirés, 6^e piqûre ; légère induration à l'endroit de l'abcès.

La malade reçoit successivement ses 7^e, 8^e, 9^e, 10^e, 11^e et 12^e injections de vaccin. Revue complètement guérie le 10 avril, sans cicatrices ni récidives.

OBSERVATION III (Personnelle).

Abcès du sein droit traité par simple incision. — Récidive, vaccinothérapie et drainage filiforme. — Guérison rapide. — Reprise de l'allaitement par le sein malade.

M^{me} S..., 20 ans, accouchée le 5 février. Vient consulter à Saint-Antoine, le 27 février, pour abcès du sein droit.

Le 28, incision radiée à la partie inféro-externe du mamelon.

Le 3 mars : nous voyons la malade pour la première fois ; il existe à l'endroit de l'incision une cicatrice bourgeonnante et suintante. Nouveau foyer à la partie supéro-interne du mamelon. Une ponction de l'abcès suivie d'un drainage filiforme ramène du pus verdâtre, épais contenant du staphylocoque et du streptocoque.

Première injection de vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur, les autres sont pratiquées à deux ou trois jours d'intervalle ; l'état local s'améliore : diminution de l'induration, disparition de la douleur.

Le 18 mars : les crins sont retirés. 6^e piqûre.

Le 31 mars : La malade revue complètement guérie, sans récidives, reprend l'allaitement du côté malade.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Abcès du sein gauche au cours de la grossesse. — Vaccinothérapie. — Drainage filiforme. — Nombreuses récidives.

M^{lle} C..., 22 ans, enceinte de 6 mois 1/2. Vient consulter à Saint-Antoine le 1^{er} mars pour un abcès du sein gauche. La glande est augmentée de volume, dure, douloureuse, mais sans collection purulente. Pansements humides compressifs.

La malade ne revient que le 15 mars. Un abcès sus-mamelonnaire est évacué par une petite incision péri-aréolaire qui donne issue à un pus abondant renfermant de nombreux staphylocoques, première injection de vaccin de l'Institut Pasteur.

Il continue à s'écouler beaucoup de pus par l'incision, mais l'induration remontant jusqu'au pôle supérieur de la glande, on passe le 22 mars un faisceau de crins à travers l'abcès en utilisant l'incision péri-aréolaire. Les injections de vaccin sont continuées.

Le 5 avril : 9^e piqûre. Formation d'un petit abcès à la partie externe du sein, drainage filiforme.

Le 12 avril : Guérison du second abcès, les crins sont retirés ; il persiste encore une suppuration abondante par l'orifice supérieur du premier sétou.

Un troisième et un quatrième foyer se collectent donnant issue à une grosse quantité de pus. Une culture sur gélose montre des colonies de staphylocoque blanches et dorées.

La malade est revue le 25 mai, le sein est souple mais il persiste par les orifices du premier sétou une suppuration abondante.

OBSERVATION V (Personnelle).

Abcès du sein droit. — Incision péri-aréolaire. — Vaccinothérapie. — Guérison sans drainage.

M^{me} C..., 35 ans, accouchée le 6 février, enfant nourri au sein maternel pendant 12 jours, puis allaitement mixte.

Au début de mars, la malade ressent des douleurs au niveau du sein droit et se traite au moyen de compresses humides. Vient consulter à Saint-Antoine le 10 mars ; le sein droit est augmenté de volume, la région sus-mamelonnaire est rouge avec quelques trainées de lymphangite. La palpation est douloureuse et montre une induration de tout le lobe supérieur, avec une petite zone fluctuante au-dessus du mamelon. Une petite incision de 1 centimètre en bordure de l'aréole donne issue à du pus épais dont l'examen révèle la présence de staphylocoques. La malade reçoit une injection de vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur.

Le 13 mars : La malade est soulagée, mais le pus épais s'écoule difficilement. 2^e injection de vaccin 1/2 cent. cube.

Le 15 mars : Disparition de la douleur et des phénomènes inflammatoires, le pus s'écoule plus facilement, les injections de vaccin sont continuées.

Le 25 mars : C'est-à-dire 15 jours après le début de l'affection, la suppuration est tarie, il ne persiste qu'une légère induration à l'endroit de l'abcès.

Le 3 avril : La malade revue est guérie complètement, dernière injection de vaccin (12^e piqûre : 1 cent. cube 1/2).

OBSERVATION VI (Personnelle).

Volumineux abcès du sein droit. — Incision radiée. — Propidon. — Récidive. — Drainage filiforme et vaccinothérapie. — Guérison.

M^{me} A..., 28 ans, accouchée le 13 février 1922 ; allaitement maternel, crevasses. Vient consulter à Saint-Antoine, le 24 mars : volumineux abcès du sein droit avec induration de la glande remontant à trois travers de doigts au-dessous de la clavicule. Mauvais état général.

Le jour même, elle rentre à l'hôpital Tenon où, le lendemain, il est fait sous anesthésie générale une incision radiée de 2 cent. cubes 1/2 au-dessus du mamelon. La malade reçoit, en outre, les jours suivants 2 injections de Propidon. Elle quitte l'hôpital le 3 avril, très améliorée mais conservant une sensibilité au niveau du lobe supérieur.

Quatre jours après les douleurs reprennent, la malade vient consulter à Saint-Antoine le 7 avril. La plaie résultant de l'incision n'est pas cica-

trisée et l'expression y fait sourdre du lait, au-dessus s'est collecté un autre abcès : drainage filiforme utilisant l'incision précédente. Il s'écoule beaucoup de pus.

La malade reçoit une série de douze piqûres de vaccin antistaphylococcique. Revue complètement guérie le 4 mai, sein souple, pas de récidives.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Petit abcès superficiel, guérison spontanée. — Abcès du sein. — Vaccinothérapie, incision périaréolaire. — Persistance d'un gros noyau de mammite chronique qui se résorbe après trois injections d'endococcine.

M^{me} M..., accouchement prématuré à 7 mois 1/2; allaitement au sein maternel. Au début d'avril, un mois après l'accouchement, ouverture à la peau d'un abcès qui guérit rapidement.

Le 13 avril : La malade ressent des douleurs au niveau du sein gauche qui présente, au-dessus du mamelon, une zone indurée s'étendant à tout le lobe supéro-externe. Vaccin antistaphylococcique.

Le 25 avril : Une petite incision péri-aréolaire évacue une poche purulente.

Le 4 mai : La suppuration est tarie depuis plusieurs jours, mais il persiste une zone indurée sans caractère inflammatoire. 8^e injection de vaccin.

Le 7 mai : Injection de 5 cent. cubes d'endococcine, petit à petit le sein retrouve sa souplesse, deux autres injections à deux jours d'intervalle amènent une régression complète de l'induration.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Abcès du sein gauche. — Drainage filiforme. — Vaccinothérapie. — Guérison rapide (11 jours).

M^{me} L..., 21 ans, accouchée le 15 mars. Vient consulter à Saint-Antoine le 13 avril pour abcès du sein gauche.

La glande présente une induration de tout le lobe supéro-interne avec une zone fluctuante en dedans du mamelon. Un faisceau de crins est passé au travers de l'abcès et donne issue à du pus.

Injections de vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur, renouvelées tous les deux jours à doses progressivement croissantes.

Le 24 avril : Les crins sont retirés, la suppuration est tarie 11 jours après le début du traitement.

Le 4 mai : La malade est revue complètement guérie.

OBSERVATION IX (Personnelle).

Abcès du sein gauche. — Incision. — Vaccin de Delbet. — Persistance d'une grosse induration qui régresse après trois injections d'endococcine.

M^{me} C..., 20 ans, accouchée le 14 mars. Rentre un mois après à l'hôpital de Corbeil, pour un abcès au sein gauche. La malade reçoit trois injections de 4 cent. cubes de vaccin de Delbet.

Le 16, incision d'un gros abcès en dessous et en dedans du mamelon, deux gros drains en caoutchouc assurent l'écoulement du pus.

Le 24 avril : La malade vient se faire panser à l'hôpital Saint-Antoine; la suppuration est tarie et les drains retirés, mais il persiste une induration de tout le lobe inféro-interne qui, les jours suivants, prend de l'extension; élancements, peau légèrement rosée.

Le 6 mai : Injection de 4 cent. cubes d'endococciné.

Le 8 mai : Les phénomènes inflammatoires ont disparu, la peau a repris sa coloration normale, l'induration qui n'a pas pris d'extension régresse presque complètement après la troisième injection d'endococcine.

Malade revue complètement guérie le 15 mai.

OBSERVATION X.

Abcès du sein gauche. — Incision puis vaccin de Delbet. — Guérison.

M^{me} C... présente, 20 jours après l'accouchement, un abcès du sein gauche situé au-dessous du mamelon. Une incision aréolaire donne issue au pus. La malade reçoit ensuite trois injections de Propidon à deux jours d'intervalle. La guérison survient rapidement. Quinze jours après, nous voyons la malade à la consultation de Saint-Antoine: le sein est souple, non douloureux, persistance d'une petite induration à l'endroit de l'abcès.

OBSERVATION XI.

Volumineux abcès du sein droit. — Incision radiée. — Vaccin de Delbet.

M^{me} R..., 23 ans, accouchée le 30 mars. Quinze jours après, volumineux abcès du sein droit siégeant dans le lobe supérieur de la glande.

Entre à l'hôpital Tenon où on lui fait une incision radiée de 2 cent.

La malade reçoit ensuite trois injections de Propidon et sort guérie 20 jours après.

Nous la voyons à la consultation de Saint-Antoine où elle vient se faire panser. La plaie est bourgeonnante, le sein souple, sauf au niveau du lobe supérieur où il persiste une petite zone indurée sans caractère inflammatoire.

OBSERVATION XII (Observation communiquée par le D^r Moure).

Volumineux abcès du sein droit. — Vaccin de Delbet.

— L'abcès nécessite 3 interventions.

Abcès du sein gauche. — Vaccin de Delbet. — Guérison sans intervention.

M^{me} M..., 30 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 21 février avec un volumineux abcès du sein droit. Lymphangite. Aspect cartonné.

Il est pratiqué chez cette malade trois injections de propidon.

Opérée le 5 mars : incision périaréolaire donnant issue à du pus.

Le 7 mars : l'incision ayant été insuffisante, il est fait sous anesthésie au chlorure d'éthyle une incision large donnant dans une poche de pus. Ouverture au doigt des poches secondaires. Drainage. Pansements humides.

Le drainage se fait mal, le sein reste gros et douloureux, température élevée. Il est pratiqué quelques jours plus tard une incision sous-mammaire ; décollement du sein et drainage en séton par les deux incisions.

L'état de la malade s'améliore et l'abcès est en bonne voie de guérison lorsque quelques jours après se déclare un abcès de l'autre sein ; la température remonte à 40° ; injection de 4 cent. cubes de propidon : chute de la T à 37°, deux autres injections de propidon sont pratiquées et amènent la résolution complète de l'abcès sans intervention.

La malade sort guérie le 7 avril.

OBSERVATION XIII (Observation communiquée par le D^r Moure).

Abcès du sein droit. — Incision sous-mammaire. — Vaccinothérapie.

Évolution de trois abcès successifs.

Début après l'accouchement, l'enfant étant mort quelques semaines après d'ostéomyélite aiguë.

Le 1^{er} octobre 1921 : Il existe un abcès au niveau du pôle supérieur et qui siège en plein parenchyme, loin du mamelon ; cependant une ventouse appliquée sur le mamelon donne issue à du pus.

Incision sous-mammaire de 6 centimètres, décollement du sein et inci-

sion de l'abcès. Mise en place de deux tubes de Dakin dans la poche. Puis 48 heures plus tard vaccination antistaphylococcique avec le stock-vaccin de l'Institut Pasteur anti-furonculeux, à raison de une injection tous les deux jours.

La température oscille entre 37°,5 et 38°,5 (aucune lésion au niveau de l'appareil génital).

Au moment de la quatrième injection, la malade accuse une douleur au niveau du pôle supérieur du sein, en dehors du précédent abcès. Il se produit là un deuxième abcès qui est évacué par la même incision.

Puis quelques jours plus tard apparaissent un troisième puis un quatrième abcès au niveau du pôle externe et du pôle inférieur du sein. Ces abcès sont évacués par la même incision à l'aide d'une pince.

On continue les injections de vaccin, c'est-à-dire la série de douze et la malade a été complètement cicatrisée cinq semaines après la première incision.

OBSERVATION XIV (Communiquée par M. Gueullette,
interne de M. le Professeur Lejars).

*Abcès du sein gauche. — Incision périaréolaire. — Drainage filiforme.
— Vaccin de Delbet. — Guérison.*

Estelle G..., 22 ans. — La malade entre à l'hôpital Saint-Antoine le 12 mai 1922 pour un abcès du sein gauche.

Accouchement le 12 avril. La femme allaite son enfant pendant les 9 jours qu'elle passe à la Maternité de Beaujon. Comme elle a beaucoup de lait, on lui donne en outre quatre autres nouveau-nés à nourrir.

A sa sortie de l'hôpital, sa situation ne lui permettant de continuer à le nourrir la jeune mère doit sevrer son enfant. A ce moment, aucune écorchure du mamelon. Soins de propreté réguliers.

La malade commence à souffrir le 6 mai d'une douleur sourde, diffuse, dans le sein gauche, qui augmente un peu de volume. Les douleurs deviennent plus intenses dans les jours qui suivent et la fièvre apparaît.

Elle entre à l'hôpital le 12 mai.

L'examen montre un sein gauche augmenté de volume mais de couleur normale; en aucun point la peau ne présente de coloration spéciale. La palpation révèle une douleur diffuse de tout le sein malade avec prédominance en deux régions différentes :

Au niveau du lobe supéro-interne, où l'on trouve une zone très nettement fluctuante, entourée d'une zone d'induration douloureuse.

Au niveau du lobe inféro-interne où le tissu glandulaire est dur, tendu, douloureux, adhérent à la peau mais ne présentant aucun point fluctant.

Pas de ganglions axillaires. Etat général relativement bon, T 38°,4.

Le 13 mai, on pratique une première injection de 2 cent. cubes de vaccin

de Delbet (Propidon). Application de larges pansements humides et chauds.

Pas de réaction générale vive.

Le 14, on fait une très courte incision curviligne, ne mesurant pas un centimètre de longueur, au niveau du pourtour supéro-interne de l'aréole. A travers cette courte brèche, la sonde cannelée est dirigée en haut et en dedans vers la région fluctuante. Il s'échappe une quantité assez abondante de pus (10 cent. cubes) dont l'évacuation est aidée par de légères pressions sur la glande.

Drainage avec un faisceau de crins. Large pansement humide relevant et maintenant bien le sein.

Diminution considérable de la douleur. T 37°,6.

Le 15, injection de 4 cent. cube de vaccin de Delbet. Pas de réaction générale. La suppuration est peu abondante et le pus est bien drainé par la petite incision.

Le 17 mai, le sein est beaucoup moins tendu et douloureux. La pression dans la zone de suppuration ne ramène que quelques gouttes de liquide séro-sanguinolent et ne révèle plus aucune douleur. Le lobe inféro-externe reste induré et tendu, mais sur une moins grande surface. La pression y est peu douloureuse; aucune fluctuation ni modification de la peau n'apparaît à ce niveau.

3^e injection : 4 cent. cubes de Propidon.

Vive réaction T 40° le soir.

Le 19 mai, la suppuration est complètement tarie. Le sein n'est plus douloureux. Suppression du drainage.

4^e injection : 4 cent. cubes de Propidon.

Le 22 mai, la malade quitte l'hôpital, guérie. La température est à 37°. Dans le sein indolore persistent deux noyaux durs du volume d'une petite noix. La plaie est en bonne voie de cicatrisation.

SERVICE

DE

M. le Professeur PIERRE DELBET

STATISTIQUE

COMMUNIQUÉE PAR

M. le Docteur JACQUES LEVEUF

Chef de Clinique Adjoint

NOM, SEXE, AGE	ENTRÉE le	SORTIE le	DURÉE du SÉJOUR	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT AVANT LA VACCINATION	INJECTIONS NOMBRE QUANTITÉ	RÉACTION
							1
M ^{me} G... (1) 27 ans	15/10 1918	3/11 1918	19 jours	Abcès du sein gauche. Lactation.	Néant. 2 fistules sponta- nées.	2 — 4 cc	40°.0 F
M ^{me} F... (2) 30 ans	15/5 1919	3/6 1919	19 jours	Abcès du sein gauche. Lactation.	Néant.	2 — 4 cc	40°.1 TF
M ^{me} D... (3) 21 ans	29/12 1919	4/2 1920	37 jours	Abcès du sein gauche. Lactation.	Petite incision agrandie à l'entrée de la malade.	3 — 4 cc	40°.4 TF
M ^{me} D... (4) 20 ans	14/1 1920	28/1 1920	14 jours	Abcès des deux seins. Lymphangitique.	Néant.	2 — 4 cc	40°.0 TF
M ^{me} R... (5) 30 ans	28/1 1920	6/2 1920	9 jours	Abcès multiples du sein gauche. Lactation.	Néant.	3 — 4 cc	39°.4 F
M ^{me} M... (6) 21 ans	25/5 1920	3/6 1920	9 jours	Abcès multiples des deux seins.	Incision.	3 — 4 cc	41°.0 TF
M ^{me} J... (7) 32 ans	5/6 1920	15/6 1920	10 jours	Abcès du sein gauche. Lactation.	Incision.	3 — 4 cc	39°.2 M
M ^{me} A... (8) 21 ans	24/12 1920	20/1 1921	1 mois	Abcès du sein gauche. Lactation.	Drainage filiforme.	3 — 4 cc	39°.4 M
M ^{me} P... (9) 29 ans	14/1 1921	17/2 1920	1 mois	Abcès du sein droit puis abcès du sein gauche. Lactation.	Néant.	6 dont : 1..... 4 2..... 6 3..... 6 — 1..... 6 2..... 6 3..... 8	40°.4 TF — 38°.8 M
M ^{me} G... (10) 23 ans	31/1 1921	14/2 1921	15 jours	Abcès du sein.	Néant.	3 — 4 cc	38°.9 F
M ^{me} H... (11) 33 ans	15/3 1921	26/3 1921	11 jours	Abcès du sein gauche (canaliculaire) En dehors de la lacta- tion.	Néant.	3 — 4 cc	39°.0 F
M ^{me} S... (12) 27 ans	8/8 1921	3/9 1921	27 jours	Abcès chronique du sein En dehors de la lacta- tion. Diagnostic douteux à l'entrée.	Néant.	3 — 4 cc	39°.0 F

UÉS	ACTION			TRAITEMENT ULTÉRIEUR	RÉSULTATS 1) VACCIN 2) GLOBAL	OBSERVATIONS
	SUR LA DOULEUR	SUR L'ÉTAT LOCAL	SUR PHÉNOM. GÉNÉRAUX			
3						
	Bonne	Excellente		Néant.	Excellent.	Abcès fistulisés trainant depuis 1 mois 1/2. Asséchés en 11 jours.
	Bonne	Excellente		Incision après la première injection de vaccin.	Très bon.	Guérison rapide (19 jours) d'un abcès trainant depuis 1 mois 1/2.
40° TF	Bonne	Bonne	Bonne	Néant.	Bon.	Abcès de cuisse. Staphylocoque. Pyoculture nulle.
	Bonne	Bonne		Petites incisions des abcès.	Excellent.	Guérison rapide en 14 jours.
38° 2 M	Bonne	Bonne		Ponction d'un abcès. Staphylocoque. Pyoculture +	Excellent.	Guérison rapide en 9 jours.
38° 5 M	Bonne	Bonne		Néant.	Excellent.	Abcès multiples fistulisés depuis 1 mois 1/2 taris rapidement.
38° 8 M	Bonne	Bonne		Néant.	Bon.	Guérison rapide en 10 jours.
39° 6 F		Amélioration passagère		Petite incision aréolaire.	1) Médiocre. 2) Bon.	
39° 1 F — 38° F		Médiocre	Médiocre	Incision.	1) Médiocre. 2) Bon.	Abcès bilatéral. Le 2° sein suppure 15 jours après le 1 ^{er} vaccin. Incision. 1 ^{er} pus : staphylocoque-pyoculture +. 2° pus : staphylocoque-pyoculture —.
37° 8 F	Bonne	Bonne	Bonne	Incision.	1) Assez bon. 2) Bon.	Sort guéri 8 jours après l'incision.
39° 5 F		Collecte le pus		Incision staphylocoque.	1) Assez bon. 2) Bon.	Résultat assez bon. Malade sortie 5 jours après l'incision.
		Collecte le pus		Seton.	1) Bon. 2) Bon.	Abcès chronique. Se ramollit instantanément. Guérit avec simple drainage filiforme.

Cette statistique résumant les observations de douze malades ayant présenté des abcès du sein et traités par le vaccin de Delbet nous montre que :

1°) Chez les malades qui n'ont reçu aucun traitement avant la vaccination (Observations 4-5-10-11-12) les résultats furent satisfaisants : l'abcès se collectant rapidement, il a suffi d'interventions minimales pour en assurer l'évacuation : simples ponctions, petites incisions ou drainage filiforme.

La guérison a été obtenue dans une moyenne de 10 à 15 jours.

2°) Chez celles qui n'ont pu être traitées qu'après l'ouverture soit spontanée, soit provoquée de l'abcès les résultats furent inconstants. Tandis que dans certains cas (Obs. 1-6) des abcès fistulisés depuis plusieurs semaines furent rapidement asséchés (11 jours), dans d'autres, au contraire, le vaccin ne semble pas avoir donné de résultats (Obs. 3-8-9).

Ces résultats ainsi obtenus avec trois injections en moyenne de 4^{cc} de vaccin, ont été accompagnés de réactions générales violentes, mais passagères, amenant à leur suite une sédation de la douleur et une amélioration de l'état local.



CONCLUSIONS

1° Les abcès du sein, d'une grande fréquence, s'observent le plus souvent chez des femmes jeunes au cours de l'allaitement. Ils peuvent évoluer différemment suivant leur siège anatomique et suivant la résistance plus ou moins grande du terrain, mais ce qui les caractérise essentiellement, c'est leur multiplicité.

Si certains restent localisés, d'autres, et ce sont les plus fréquents, envahissent plus ou moins rapidement la glande, pouvant donner lieu à de véritables phlegmons ou à des formes traînantes et récidivantes;

2° Le traitement devra s'efforcer de remplir les conditions suivantes :

Obtenir une guérison rapide et durable en évitant les récidives;

Conserver l'intégrité fonctionnelle de la glande en vue d'un allaitement ultérieur;

Avoir le souci de l'esthétique en n'employant que des méthodes non mutilantes : incision périaréolaire, drainage filiforme, incision sous-mammaire;

3° A côté des traitements chirurgicaux, la bactériothérapie doit prendre une place importante. C'est une méthode d'une utilité incontestable si on l'emploie rationnellement sur un organisme capable de réagir. On ne devra cependant pas la considérer comme exclusive, mais comme susceptible d'augmenter les moyens de défense de l'organisme vis-à-vis des agents pathogènes et de faciliter l'action curative des traitements habituels.

A la période de non collection : la bactériothérapie devra précéder le traitement chirurgical qu'elle pourra rendre inutile

ou alors plus facile en mettant en évidence les suppurations, en les collectant (stock-vaccins, extraits microbiens) et en diminuant les chances de récédive.

A la phase d'abcès confirmé, la chirurgie reprend tous ses droits mais, une fois le pus évacué, les vaccins (stock-vaccins ou auto-vaccins) viendront activer la guérison en asséchant rapidement les abcès et en évitant de passer à la phase suivante ou phase des séquelles, contre lesquelles les moyens chirurgicaux restent impuissants. Les extraits microbiens semblent, dans ces cas, amener une régression rapide de ces noyaux indurés qui ont si souvent tendance à s'abcéder;

4° Les insuccès observés avec cette méthode ne doivent pas la discréditer. S'il est possible parfois d'y remédier en employant des vaccins rigoureusement spécifiques, dans d'autres cas aucune substance n'aura d'action.

Sans trouver d'explication à ces faits, il ne faudra pas priver les malades du bénéfice que peut leur apporter l'association des méthodes chirurgicales avec la bactériothérapie, car il ne semble pas y avoir eu d'aggravations du fait de cette pratique qui compte à son actif de nombreux succès.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

BRINDEAU.

Vu : *Le Doyen,*

G.-H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNARD. — Contribution à l'étude du drainage filiforme (Méthode Chaput). *Thèse de Paris*, 1919-1920.
- CHAPUT. — Guérison rapide et sans cicatrices des abcès du sein. *Paris Médical*, février et avril 1916.
- CHAPUT et SCHEKTER. — Drainage filiforme des abcès du sein. *Bulletin Société de Chirurgie*, 1918, p. 1429.
- DELBET. — *Bulletin Société de Chirurgie*, février 1920.
- FISSINGER. — Vaccinothérapie et bactériothérapie. *Revue Générale de Chirurgie et Thérapeutique*, Paris 1919, t. XXXIII, 727.
- GIRARD. — Les vaccins en thérapeutique. *Bulletin Médical*, Paris 1920, t. XXXIV, 297-301.
- HALLION. — Les principes de la vaccinothérapie curative. *Revue Internationale de Médecine et Thérapeutique*, 15 mars 1922.
- LECÈNE et LENORMANT. — Précis de pathologie chirurgicale. Abcès du sein, t. III.
- MAUTÉ. — Tr. de quelques aff. à staphylocoques par vaccins préparés suivant méthode de Wright. *Société de Biologie*, Paris 1905. La vaccination antifurunculuse. *Presse Médicale* n° 7, 24 janvier 1920.
- MORESTIN. — Trait. abcès du sein sans incision. *Presse Médicale*, 17 septembre 1913.
- MOSQUERON. — Contribution à l'étude du traitement des abcès aigus du sein. L'incision thoraco-mammaire. *Thèse de Paris*, 1908.
- PRUVOST. — Vaccinothérapie, Collection Sergent. Thérapeutique, t. II.

SEULLIET. — Du traitement médical des inflammations circonscrites aiguës des abcès du sein. *Thèse de Paris*, 1907-1908.

SEZARY. — La vaccinothérapie. *Journal Médical Français*, 1919, n° 3, p. 101.

STILLERMANN. — Le traitement esthétique des abcès du sein par la méthode du D^r Chaput. *Thèse de Paris*, 1919-1920.

H. VALLÉE et L. BAZY. — Essai de bactériothérapie par les extraits microbiens. *Bulletin Société de Chirurgie*, 17 mai 1921.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT (CL.). — 446.6.22.
